Über die Therapie der ektopischen Schwangerschaft

am Frauenspital Basel-Stadt.

(An Hand von 102 Fällen.)

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

der

hohen medizinischen Fakultät

der

Universität Basel

vorgelegt von

Mark Kaznelson

aus Minsk (Russland).

BASEL

Friedrich Reinhardt, Universitätsbuchdruckerei

1908.

Über die Therapie der ektopischen Schwangerschaft

am Frauenspital Basel-Stadt.

(An Hand von 102 Fällen.)

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

der

hohen medizinischen Fakultät

der

Universität Basel

vorgelegt von

Mark Kaznelson

aus Minsk (Russland).

ACAD. MED. BAT. BIBL.

BASEL

Friedrich Reinhardt, Universitätsbuchdruckerei

1908.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41546714_0122

Dem Andenken

meiner unvergesslichen Eltern

gewidmet.

Die Frage über die Behandlung ektopischer Schwangerschaft bietet schon seit jeher ein viel umstrittenes Feld.

Zwei verschiedene Richtungen stehen sich gegenüber in der Behandlung der Extrauteringravidität, einmal eine exspektative, symptomatische, und anderseits die operative. Die Erfolge, welche die Antisepsis und bald darauf die Asepsis auf dem Gebiete der Chirurgie gebracht haben, blieben nicht ohne einen bestimmten Einfluss auf die operative Gynäkologie und besonders auf die Frage der Behandlung der ektopischen Schwangerschaft.

Der konservativen Behandlung der Extrauteringravidität, wie sie durch Scanzoni und Hecker befürwortet und allgemein geübt wurde, wurde in den achtziger Jahren des vorigen Jahrhunderts ein Ende gesetzt, nachdem J. Veit bereits im Jahre 1884 den Vorschlag gemacht hat, die ungestörte Extrauteringravidität ohne Rücksicht auf das Leben der Frucht zu extirpieren wegen der immensen der Mutter drohenden Gefahren, und bald darauf Werth die Parole ausgegeben hat, jede ektopische Gravidität als bösartige Neubildung zu betrachten und zu entfernen. Seit dieser Zeit mehrten sich die Berichte über glänzende Erfolge auf dem Gebiete der operativen Behandlung der ektopischen Schwangerschaft,

So publizierte unter anderen Lindenthal 251 Fälle von Extrauteringravidität aus der Klinik Schautas, von denen 122 operiert, 129 mangels dringender Indikation exspektativ behandelt wurden. Unter den Operierten befanden sich 60 Hämatocelen, 9 vorgeschrittene Graviditäten und 10 Intakte, den frühen Monaten zugehörige Fälle. Die Mortalität betrug bei den Operierten 3,1 %; über das Schicksal der Nichtoperierten fehlen nähere Angaben, doch ist von Todesfällen nichts vermerkt. Küstner verteidigte in einer neueren Arbeit seinen bekannten Standpunkt des prinzipiellen

Operierens auf Grund von 107 Fällen: 101 wurden laparotomiert, 1 vaginal total extirpiert, 5 vom hinteren Laquear inzidiert: 2 Kranke starben; ein vorzügliches Resultat.

Eine weitere Anzahl glänzender Statistiken reihen sich an diese Berichte an, deren Wert allerdings durch die oft recht kleine Anzahl der Fälle ein problematischer ist. So hatte:

		Operationen	Todesfälle	Mortalität
Kehrer	unter	16	0	= 0,0%
Fehling	„	42	1	= 2,3%
Wormser	„	29	1	= 3,45%
Winter	„	17	0	= 0,0%
Thorn	„	30	2	= 10,0%
Kelly	„	11	1	= 9,09%
Dührssen	„	19	2	= 10,0%
Sänger	„	37	5	= 13,52%
Toth	„	15	4	= 25,0%
Seidel	„	90	13	= 14,4%
Zimmerman	„	39	1	= 2,19%

Summieren wir diese Fälle, so haben wir auf 345 Operationen 30 Todesfälle, was 86,% Mortalität ausmacht.

v. Schenk gibt in seiner Sammelforschung über 436 Operationen bei Extrauteringravidität 72 Todesfälle an, was 15,5% Mortalität ausmacht.

Einen Prozentsatz der Mortalität bei den operierten Fällen, wie ihn v. Schenk angibt, konnte ich auch im Basler Frauenspital konstatieren. Von 42 operierten Frauen sind 7 gestorben, etwa 16,6% Mortalität.

Da die Zahl der operierten Frauen aber ziemlich gering ist, so müssen wir diesen Prozentsatz als ziemlich problematisch betrachten, desto mehr, da, wie wir weiter sehen werden, in fast den allen 7 Fällen die Operation als ultima ratio gewählt wurde.

Demgegenüber liegt eine Anzahl Statistiken über exspektativ behandelte Fälle vor, die die konservative Therapie in einem trüben Lichte erscheinen lassen. So verleiht unter anderen Döderlein, auf Grund von 135 beobachteten

Fällen, seiner Überzeugung Ausdruck, dass die Anschauung keineswegs zu recht bestehen kann, dass die exspektative Behandlung an Gefahren hinter der operativen zurücksteht.

Aus der geringen Zahl von 24 exspektativ behandelten Fällen mit 2 Todesfällen berechnet er eine Mortalität von 8%.

Demgegenüber sind von 111 operativ behandelten Frauen nur 4 gestorben; etwa 3,5% Mortalität.

Es muss jedoch bemerkt werden, dass der Wahrscheinlichkeitskoëffizient hiebei nicht in Rechnung gestellt worden ist. Beide Vergleichsreihen sind zu ungleich, um einen Vergleich zu erlauben.

Trotz dieser glänzenden Berichte über operative Behandlung und pessimistischer Ansichten über die exspektative Therapie, machte sich doch im Laufe der letzten Jahre immer mehr und mehr eine Gegenströmung gegen die Meinung geltend, jegliche durch ektopische Ansiedlung des Eies bedingte Veränderung an den Genitalien und ihrer Umgebung als eine Indikation zum operativen Eingriff anzusehen.

Auf der Naturforscherversammlung in Wien 1894 machte Thorn, gestützt auf 157 Fälle aus Halle a. S. und Magdeburg, zuerst Front gegen das unterschiedslose Operieren der Hämatocelen und Hämatome im weiblichen Becken. Seine Mahnung, der konservativen Behandlung wieder mehr Raum zu geben, fand wenig Beachtung.

Aber erst im Jahre 1898, nachdem Fehling seine Arbeit veröffentlichte, in der er über 145 Fälle berichtet hat, von denen 43 laparotomiert, 11 von der Vagina inzidiert und 91 durch rein exspektative Behandlung zur Genesung gebracht wurden, gewann die exspektative Behandlung wieder mehr und mehr an Boden.

An der Naturforscherversammlung in Düsseldorf legte sogar Veit, einer der ersten Vorkämpfer der operativen Therapie der Eileiterschwangerschaft, sein Veto ein gegen das zu viele und kritik- und unterschiedslose Operieren bei abgestorbener Frucht in den ersten Monaten oder bei fertig ausgebildeter Hämatocele. Er trat lebhaft für eine strenge Indikationsstellung ein.

Eine ganze Reihe Veröffentlichungen über abwartende Therapie bei Extrauteringravidität, die in den letzten Jahren erschienen sind, erwiesen die volle Berechtigung derselben bei der Mehrzahl der zur Beobachtung gekommenen Fälle von ektopischer Schwangerschaft.

Die Mortalität bei exspektativer Therapie berechnen manche auf 0% (v. Winckel). Andere höchstens auf 1 bis 2% (Thorn).

Auch im Basler Frauenspital ist unter 60 exspektativ behandelten Fällen kein Todesfall zu verzeichnen.

Die Verteidiger des prinzipiellen Operierens, die sich nun nicht mehr auf die vermeintliche hohe Gefährlichkeit der Hämatocelen stützen konnten, suchten jetzt ihren Standpunkt mit der Behauptung zu rechtfertigen, die Resorption dauere bei der Mehrzahl der Fälle viel zu lang, als dass man nicht im Hinblick auf die guten Operationsresultate und die soziale Lage der zu allermeist den unteren Ständen angehörigen Kranken den Heilungsverlauf abzukürzen berechtigt, ja verpflichtet sei.

Das Heranziehen der sozialen Lage in diese Frage hat aber wenig Beifall gefunden. Wenn man bei einem Leiden, das keinerlei Chancen auf spontane Ausheilung bietet, die Berücksichtigung der sozialen Lage einer Kranken billigen kann und, z. B. bei einer Arbeitsfrau, sich rascher zu einer Operation entschliesst als bei einer Begüterten, so hat die Berücksichtigung der sozialen Lage in der Frage der ektopischen Schwangerschaft — einem Leiden, das spontan, völlig und oft in recht kurzer Zeit ohne jeden Nachteil ausheilen kann — etwas Missliches. Sie setzt absolut die Bedingung voraus, dass der Kranken die Chancen nach beiden Richtungen unparteiisch völlig klar erläutert werden und ihr die Entscheidung zugeschoben wird.

Die Verteidiger der exspektativen Behandlung verlangen eine strenge Indikationsstellung zur Operation wegen der Gefahr, welche eine Operation involviert, sowie wegen den unangenehmen Konsequenzen, zu welchen ein operativer Eingriff führen kann. Denn, abgesehen von einer Reihe un-

glücklicher Zufälle, selbst bei relativ kleinen Eingriffen, wie die Eröffnung einer Hämatocele vom hinteren Scheidengewölbe aus (Verblutung durch Anschneiden der Arteria uterina, nachträgliche Verjauchung des Hämatoceleninhaltes u. s. w.), hat die Laparotomie, z. B. nach einer Schätzung Fehlings, heute noch immer eine Mortalität von ca. 5 % im Durchschnitt. Unangenehme, unbeabsichtige Folgen, wie sie Schauta u. a. bei vaginaler Inangriffnahme von Hämatocelen erlebte, dass, wegen nicht zu stillender Blutung, die Totalexstirpation des Uterus bei einer im Fortpflanzungsalter stehenden Frau vorgenommen werden musste, sind doch nur vereinzelt und bei besonderem Verfahren, wie bei dem unten angegebenen von Prof. v. Herff, zu vermeiden. Es ist namentlich die allzu grosse Operationslust, auch bei abgestorbener Frucht und nachweisbarer Hämatocele zu operieren, gegen welche die Verteidiger der exspektativen Therapie ihr Veto aussprechen.

Aus allen Statistiken geht unzweifelhaft hervor, dass der Ausgang der ektopischen Gravidität in Hämatocelenbildung der allerhäufigste ist; zudem ergibt es sich aus den Zahlen der exspektativ Behandelten, dass der grösste Teil dieser Hämatocelen in Wirklichkeit den Beginn einer Naturheilung bedeutet, die Schäden also nicht entfernt so grosse sind, wie man sie so oft hat darstellen wollen. Diese Heilungsbestrebung der Natur verständnisvoll zu unterstützen, gewährt sicherlich eine grössere Befriedigung dem Behandelnden und gewährt nicht minder Segen dem Behandelten. Trotz allem behauptet die Operation mit Recht einen ziemlich grossen Platz in der Behandlung der ektopischen Schwangerschaft. Sie ist unbedingt am Platze in allen Fällen, in denen, z. B. wegen andauernder freier Blutung eine Indicatio vitalis besteht.

Im allgemeinen hängen die Anzeigen für das exspektative oder operative ärztliche Handeln vom Zeitpunkte und von dem Zustande ab, in welchem die ektopische Schwangerschaft zur Behandlung kommt. Was den Zeitpunkt anbelangt, so kann man die ektopische Schwangerschaft in den ersten drei

Monaten von den Vorgeschrittenen, d. h. nach dem vierten Monat trennen.

Was den Zustand angeht, so ist eine operative Behandlung in den ersten Monaten absolut indiziert, sobald ein Verdacht besteht, dass die Frucht noch lebt. besonders wenn der Fruchtsack noch nicht geplatzt ist.

In diesem Falle wird allgemein die sofortige Entfernung des ganzen Fruchtsackes verlangt — ein Verfahren. das selbst bei ausgedehnter intraligamentärer Sackentwicklung ausnahmslos ohne besondere Gefährdung der Mutter durchführbar ist und keine besonders schwierige Technik verlangt. Auch wenn die Frucht abgestorben, ist die Operation indiziert, sobald die Schwangerschaft über die 12.—14. Woche hinaus ungestört bestanden und die Frucht eine Grösse erreicht hat, die eine vollständige Resorption derselben nicht mehr gestattet.

Besonders ist das operative Eingreifen indiziert in den Fällen, in denen eine Ruptur des Fruchtsackes mit freier Blutung in die Bauchhöhle erfolgt ist, oder trotz Bildung einer Hämatocele wiederholt Blutungen schubweise erfolgen.

Ein operatives Eingreifen muss bei bedrohlichen Symptomen so schnell als möglich erfolgen. Hat die Kranke jedoch den ersten Schock überstanden und steht die Blutung. dann kann man zuwarten. muss aber jeden Augenblick auf eine neue Blutung gefasst und für einen raschen operativen Eingriff gerüstet sein, was selbstverständlich nur in einer Klinik ausführbar ist. Solche Kranke müssen daher der Aufsicht in einer Anstalt unterworfen werden. Was die Technik der operativen Massnahmen in Fällen freier Blutung angeht, so wird von den meisten Gynäkologen (Olshausen. v. Herff), die Laparotomie geübt, während die Minderzahl (Dührsen-Orthmann, Werth u. a.) die vordere oder hintere Kolpotomie bevorzugen und über günstige Resultate berichten.

In den Fällen der früh unterbrochenen ektopischen Schwangerschaft kann die Wahl zwischen einem abwartenden oder chirurgischen Behandlungsverfahren schwanken.

Bei der chirurgischen Behandlung haben wir radikalere Arten des Vorgehens von Eingriffen mehr palliativen Charakters zu unterscheiden.

Man wird gut tun, sich nicht auf die eine oder andere Art der Behandlung prinzipiell festzulegen, sondern nach den vorliegenden Anzeigen zu verfahren und je nach der besonderen Lage des Einzelfalles sich für das Vorgehen in der einen oder anderen Richtung zu entscheiden. Bei rasch sich abkapselnder Blutung, die die ektopische Schwangerschaft begleiten, ist die exspektative Behandlung am Platze, namentlich in den Fällen, in denen das Ei aus der Tube in toto ausgestossen wird und die Tube sich kräftig kontrahiert; gewöhnlich kommt es zu keiner Nachblutung und die Kranke erholt sich, wenn sie nur den ersten Schock überstanden hat, und einer zweckentsprechenden Behandlung sich unterzieht.

Auch jene Formen der Hämatocele, die sowohl zu retro- und anteuterinen, als auch die zu lateralen Hämatomen führen, oder das Hämatom des Ligamentum latum bedürfen gewöhnlich keiner operativen Behandlung: sie heilen, wenn nur genügend Geduld von seiten der Kranken und des Arztes geübt wird, in den weitaus meisten Fällen völlig aus.

Ein Haupterfordernis der Behandlung ist das Einhalten absoluter Bettruhe, jede auch die geringste, körperliche Anstrengung – Seitenlagerung, Aufsitzen etc. etc. — muss bei Beginn der Erkrankung vermieden werden. Nur in Fällen, in denen das ergossene Blut die Blasen- und Mastdarmfunktionen durch Kompression in bedrohlicher Weise beeinträchtigt oder wenn die Resorption zu lange auf sich warten lässt, oder wenn der Tumor zu vereitern oder zu verjauchen droht — stets seltene Ereignisse —, dann ist von einer exspektativen Behandlung abzusehen.

Die Operation der Hämatocele besteht im allgemeinen in einer Inzision an der zugänglichsten Stelle des Tumors, bei einer Hæmatocele retrouterina in der Eröffnung des Douglas vom hinteren Scheidengewölbe aus, bei einer Hæmatocele lateralis in einer Inzision oberhalb und parallel zum

Poupartschen Band. Die Laparotomie hat viele Vorteile gegenüber den vaginalen Eingriffen.

Was die Behandlung der Extrauteringravidität in den vorgeschrittenen Stadien angeht, so zeichnen sich, trotz der grossen Mannigfaltigkeit der Befunde und Krankheitsbilder, welche durch die in der Entwickelung vorgeschrittenere ektopische Schwangerschaft bedingt werden, die Indikationen für das ärztliche Handeln durch grosse Einfachheit aus.

Die Voraussage der exspektativen Behandlung, welche in den ersten Monaten der Extrauteringravidität so segensreich ist, wird in den vorgeschrittenen Stadien, von dreieinhalb Monat an erheblich verschlechtert. Der Gedanke liegt nahe, die Frucht, die den fünften Monat erlebt, im Interesse des Kindes völlig reif werden zu lassen. Indes lehrt die Erfahrung eindringlichst, dass so zahlreiche gefährliche Zwischenfälle jederzeit eintreten können, dass das Leben der Mutter in dieser Zeit schwer gefährdet wird.

Je weiter die Schwangerschaft vorgeschritten ist, um so rascher kann die Mutter durch Ruptur des Fruchtsackes sterben.

Ausserdem bedingt ein Fortschreiten der Schwangerschaft nicht nur ständige Gefahr der Verblutung und der Peritonitis, sondern auch unverhältnismässig wachsende technische Schwierigkeiten, wenn eingegriffen werden muss und dieses ist (ja oft) unausbleiblich.

Man verzichte also in der Regel lieber auf das geburtshilfliche Ideal der Rettung von Mutter und Kind und beendige den gefahrdrohenden Zustand tunlichst bald. Prof. v. Herff empfiehlt daher in allen Fällen vorgeschrittener Extrauteringravidität die möglichst baldige Beseitigung des Fruchtsackes oder doch wenigstens die Unschädlichmachung des gefährlichen Placentarbodens, gleichgültig ob das Kind lebt oder nicht. Die Entfernung des Fruchtsackes kann auf dem Wege der einzeitigen oder zweizeitigen Eröffnung geschehen.

Am einfachsten liegen die Verhältnisse, wenn der Fruchtsack allseitig mit der vorderen Bauchwand fest verwachsen

ist. Dann genügt die einzeitige Eröffnung des Fruchtsackes und Entfernung der Frucht.

Die zweizeitige Eröffnung des Fruchtsackes liefert vergleichweise ausgezeichnete Resultate, sobald der Einhalt zersetzt ist, die Frau also fiebert, oder wenn die technischen Schwierigkeiten der Entfernung des Fruchtsackes zu gross sind.

Die Anwendung der zweizeitigen Eröffnung muss für diese Fälle geradezu gefordert werden.

Was die Technik der Blutstillung angeht, so stellt v. Herff im Anschluss an Olshausen folgende Prinzipien auf, die einen grossen und allgemein anerkannten Fortschritt der blutstillenden Massnahmen auf dem Gebiete der operativen Behandlung der Extrauteringravidität darstellen: bei intraligamentärer und subseröser, wie bei selteneren Entwicklungsformen des Eisackes ist vor allem die vorbeugende Unterbindung der Spermatikal- und Uteringefässe indiziert.

Ferner stumpfes Ausschälen des Fruchtsackes peripher von der Placenta unter ausgiebiger Anwendung von Klemmen, gegebenenfalls von elastischen Ligaturen, der vorübergehenden Tamponade der Wundhöhle mit Gazekompressen, die dann einzeln entfernt werden, um die blutenden Stellen unterbinden oder vernähen zu können. Als Notbehelfe in einzelnen seltenen Fällen: Umstechung der Placentaranlage, Aortenkompression, supravaginale Amputation des Uterus. Liegenlassen von Klemmen.

Die Tamponade nach Mickulicz kommt wesentlich da in Betracht, wo eine nicht zu stillende parenchymatöse Blutung andauert, oder Nachblutungen begegnet werden muss.

Aus dem Material des Frauenspitals Baselstadt, das Prof. v. Herff mir liebenswürdig überwiesen hat, entnehme ich folgendes:

Im ganzen sind seit dem Jahre 1896 bis August l. J. 102 Fälle von Extrauteringravidität zur Beobachtung gekommen. Von diesen 102 Fällen sind 96 als sicher erkannte Extrauterinschwangerschaften in die Behandlung aufgenommen worden; in 7 Fällen schwankte die Diagnose

zwischen Extrauteringravidität, Appendicitis und anderwertigen Tumoren im Unterleib. Was das Alter der Patientinnen angeht, so standen im Alter von 20—30 Jahren 51 Frauen, im Alter von 31—40 Jahren 42 Frauen und im Alter von 41—45 Jahren 9 Frauen.

Die Mehrzahl der Frauen waren Mehrgebärende. Als Erstgebärende sind 16 Frauen zu verzeichnen. Eine schon überstandene ektopische Gravidität ist in einem Falle angegeben.

Fast alle diese Fälle gehörten der ersten Hälfte der Graviditäten an. Von den vorgeschrittenen Graviditäten konnte ich nur 3 Fälle verzeichnen.

Vor der Aufnahme auf die Klinik haben 75 Frauen seit mehr oder weniger langer Zeit, meistens im Gefolge der Ablösung der Decidua, per vaginam geblutet. In 27 Fällen bestanden keine Blutungen. Abgang eines ganzen Decidualsackes ist nur in einem Falle verzeichnet, dabei ging derselbe schon während der Behandlung ab.

Was die Lokalisation anbetrifft, so sind die meisten Fälle als Tubarschwangerschaften anzusehen, von denen eine als Graviditas interstitialis erkannt wurde. In einem Falle bestand eine gleichzeitige Graviditas uterina.

Mit ausgebildeter Hämatocele sind 40 Fälle beobachtet worden. In 36 Fällen waren es retrouterine Hämatocelen, in einem Falle wurde eine Hæmatocele anteuterina und in einem weiteren Falle ein peritubares Hämatom angenommen; in 2 Fällen bestanden gleichzeitig retro- und parauterine Hämatocelen.

Zu diagnostischen Zwecken wurde in 13 Fällen die Probepunktion mit der Küstnerschen Nadel ausgeführt. In keinem Falle hat die Punktion üble Komplikationen mitgebracht.

In 4 Fällen wurde eine Verjauchung der Hämatocelen konstatiert. 2 von diesen Frauen sind operiert worden und geheilt; eine Frau ist gestorben, da die verjauchte Hämatocele kurz vor dem beabsichtigten Eingriff bei der Untersuchung in Narkose platzte und bald darauf sich eine diffuse

Peritonitis entwickelte. Die nächste Frau wurde mit einer diffuser Peritonitis, bedingt durch Platzen der verjauchten Hämatocele, aufgenommen. Sie starb nach der Operation.

Von den 40 Hämatocelen wurden 28 exspektativ behandelt, in 12 Fällen wurde operiert, da andere Indikationen zu operativem Eingriff vorgelegen sind. Ausserdem sind noch 4 Hämatosalpinx und 2 Pyosalpinx zu verzeichnen.

Insgesamt sind von den 102 Fällen 60 exspektativ behandelt und in 42 Fällen grössere oder kleinere Operationen vorgenommen worden.

Die Anzeige für die Operation boten Verblutungsgefahr, wiederholte Blutungen und Verjauchung der Hämatocelen.

Im ersteren Falle, bei freier Blutung, wurde sofort zum Eingriff geschritten, sobald die Diagnose eine solche feststellte und schlechter Puls konstatiert wurde.

In allen diesen Fällen, mit Ausnahme von 2 Fällen, wo der vaginale Weg bevorzugt wurde, ist die Laparotomie mit Exstirpation des Fruchtsackes geübt worden. Die verjauchten Hämatocelen wurden vom hinteren Scheidengewölbe eröffnet und darauf drainiert, die Peritonitiden durch Laparotomie zu retten gesucht.

Von den Operierten sind 7 gestorben, von diesen sind 3 Frauen im Zustande hochgradigster Anämie auf die Klinik eingeliefert worden; 3 Frauen sind infolge diffuser Peritonitiden, bedingt in 2 Fällen durch Platzen der verjauchten Hämatocelen und in einem Falle durch eine Darmperforation, die alle vor der Operation bereits entstanden waren, gestorben, so dass der Operation als solcher diese Todesursachen nicht zur Last fallen. Eine Frau ist nach einem subfebrilen Verlauf und bei gutem Allgemeinbefinden plötzlich am vierten Tage post operationem gestorben und, da die Sektion verweigert wurde, konnte die nähere Ursache des Todes nicht festgestellt werden. Es lässt sich nur vermuten, dass es sich um Herzschwäche, event. um Embolie handelte.

35 operierte Frauen verliessen genesen die Klinik. Die Zahl der Krankheitstage, die die operierten Frauen auf der

Klinik verbracht haben, macht 1526 aus, was durchschnittlich auf jede Patientin 43,6 Tage beträgt, wenn wir aber einen Fall, in welchem die Frau mit verjauchter Hämatocele 235 Tage auf der Klinik zugebracht hat, abziehen, so fällt die Durchschnittszahl mit ca. 38 Tagen aus, d. h., wie wir weiter sehen werden, nicht weniger als bei den exspektativ behandelten Frauen.

In 60 Fällen wurde die exspektative Therapie durchgeführt. Sie bestand hauptsächlich in der Verordnung strengster Bettruhe in Rückenlage. Am Ende der Behandlung wurde auch die Seitenlagerung gestattet.

Die Priessnitzschen Umschläge zur Schmerzlinderung und zur Beruhigung der Kranken, dass etwas gemacht werde, wurden fast in jedem Falle angewandt.

In den neunziger Jahren wurde zeitens auch die Eisblase verordnet.

Zur Beschleunigung der Resorption der Hämatocelen und Hämatome leisteten Injektionen von Fibrolysin in Verbindung mit Heissluftbehandlung gute Dienste. Von Fibrolysin wurden 2,0 cm^3 subkutan eingespritzt, und zwar jeden zweiten Tag.

Die häufigen uterinen Blutungen im Gefolge der Ablösung der Decidua wurden mit Erfolg durch Ergotin bekämpft. Dieses wurde subkutan oder per os (Extract. Secali cornuti fluid. Aq. Cinnam. ãa) 3 × 20—25 Tropfen eingegeben. Auch Styptizin, Jodpinselungen des Cavum uteri, heisse Spülungen von 34—38 °, Ätzung mit Karbolspiritus, blieben in den Fällen, wo sie ausnahmsweise bei besonderer Hartnäckigkeit der Blutung angewandt wurden, nicht ohne Erfolg.

48 Frauen sind als geheilt, 10 als gebessert aus der Klinik entlassen worden. 2 Frauen verliessen die Klinik vor der endgültigen Ausheilung gegen den Rat der Ärzte.

Die Zahl der Krankheitstage, die die exspektativ behandelten Frauen **(58)** auf der Klinik verbracht haben, macht **2097** Tage aus, durchschnittlich für jede **36,7** Tage, wobei zu bemerken ist, dass Basel in der glücklichen Lage

ist, nicht auf frühzeitige Entlassung drängen zu müssen. Stellen wir also die exspektativ auf dem Basler Frauenspital behandelten Fälle den operativen gegenüber, so konstatieren wir, dass die exspektative Therapie in der Behandlung der ektopischen Schwangerschaft volle Berechtigung besitzt. Weder vom Standpunkte der Endresultate, noch vom Standpunkte der Ansicht mancher Autoren, dass die Resorption zu lange dauere und lästige Residuen nach sich ziehe, kann sie angefochten werden.

Was die Heilungsdauer angeht, so haben wir konstatiert, dass die Zahl der Krankheitstage für die exspektativ behandelten Fälle im Durchschnitt etwas niedriger als für die operativ behandelten ausfällt.

Auch die Kontrolluntersuchungen, die in einer ganzen Reihe von exspektativ behandelten Fällen nach Jahren ausgeführt wurden, erwiesen keine nennenswerte Beschwerden; eine Anzahl der Frauen gebar nachträglich.

Damit soll aber nicht im geringsten der Wert und die Notwendigkeit der Operation für bestimmte Fälle, vor allem bei freier Blutung und bei dadurch bedingter Lebensgefahr bestritten werden. Bei solchen Zuständen, wie z. B. in den 7 Fällen mit tötlichem Ausgang ist die Operation direkt eine Indicatio vitalis.

Zum Schlusse möchte ich noch die letzt erschienene Arbeit von Dr. Fischer über 78 Fälle ektopischer Schwangerschaft, die sämtlich auf der I. Chirurgischen Abteilung im Hamburger Krankenhause operiert wurden, berücksichtigen.

Zum operativen Eingriff wurde geschritten, sobald die Diagnose auf ektopische Schwangerschaft sicher gestellt wurde, event. die Annahme einer Tubargravidität berechtigt erschien — ein extremer Standpunkt. Von den 78 Fällen sind 4 Todesfälle zu verzeichnen, was eine Mortalität von 5,1 % ausmacht.

Unserer Anschauung nach wurden von diesen 78 Fällen nur 41, nach strenger Indikationsstellung, mit Recht operativ behandelt. Wie Fischer auch angibt, boten die 41 Fälle folgenden Symptomenkomplex bei der Aufnahme dar:

Anämisches Aussehen, kleinen, frequenten Puls, Abdomen aufgetrieben und druckempfindlich, in den abhängigen Partien Dämpfung.

Was die übrigen 37 Fälle angeht, so boten sie sämtlich das Bild des protrahierten Abortes und, wenn auch von diesen 37 Fällen, einen ausgenommen, der post operationem an einer akuten Peritonitis ad exitum gelangt ist, 36 Frauen zur Genesung gebracht wurden, so können wir doch nicht behaupten, dass die operative Methode in allen diesen Fällen gerechtfertigt gewesen ist, und glauben, dass in diesen Fällen die exspektative Therapie zum gleichen Ziele geführt haben würde.

Wenn wir unsere 60 exspektativ behandelten Fälle diesen 37 operativ behandelten gegenüber stellen, so finden wir, dass, abgesehen von den Gefahren, welche eine Operation involviert, selbst wenn diese bei der heutigen verbesserten Technik minimal sind, die Durchschnittszahl der Krankheitstage für unsere exspektativ behandelten Fälle, wie oben schon angegeben ist, 36,7 ausmacht, während für die 37 Fälle aus dem Hamburger Krankenhaus die Durchschnittszahl der Krankheitstage auf 43 steigt. Ausserdem kann man nach den Angaben, welche Fischer über die Kontrolluntersuchungen verzeichnet, annehmen, dass die Operation in vielen von den 37 Fällen mit Unfruchtbarkeit der betreffenden Frau verbunden war, während solche bei der abwartenden Therapie vollständig ausgeschlossen ist, sofern die andere Seite vollständig gesund ist.

1896.

Fall 1. Journal-Nr. 160. S. B. J. 43 Jahre. II-para. Eintritt am 5. Sept. Letzte Periode vor 14 Tagen. Seit der Periode starke Blutung, die jetzt nachgelassen hat. Diagnose: Hämatocele retrouterina. Therapie: Eisblase, Bettruhe, warme Sitzbäder. Am 10. Okt. nach 35tägiger Krankheitsdauer von der Klinik als geheilt entlassen.

Fall 2. Journal-Nr. 162. S. W. M. 30 Jahre. V-para. Eintritt am 13. Aug. Vor drei Wochen setzte eine sehr starke Blutung ein, die bis jetzt beständig anhielt. Diagnose: Gravi-

ditas tubaria, Hämatosalpinx. Therapie: Eisblase, Bettruhe. Am 28. Aug. verlässt die Kranke nach eigenem Verlangen die Klinik. Wiedereintritt am 11. Sept. Am 17. Sept. nach 21 Tagen Behandlung als geheilt entlassen.

1897.

Fall 3. Journal-Nr. 12. H. J. E. 37 Jahre. XII-para. Eintritt am 4. Dez. Letzte Periode 17.—23. November. Seit der letzten Periode keine Blutung per Vaginam. Diagnose: Hämatosalpinx sinistra. Therapie: Warme Umschläge. Ichthyoltamp. Am 11. Jan. nach 38 Tagen Behandlung geheilt entlassen.

Fall 4. Journal-Nr. 111. B. Z. M. 28 Jahre. IV-para. Eintritt am 13. März. Letzte Periode Ende Februar. Seit der Periode starke Blutung. Diagnose: Hämatosalpinx d. ex abortu, Therapie: Bettruhe, Eis- und warme Umschläge, Bad, Jodichthyoltamp. Am 10. Mai nach 58 Tagen Behandlung geheilt entlassen.

Fall 5. Journal-Nr. 169. G. G. M. 27 Jahre. IV-para. Eintritt am 12. Mai. Letzte Periode am 21. April. Keine Blutung, Diagnose: Hämatosalpinx dextra. Therapie: Bettruhe, Bäder, Ichthyoltampon. Am 2. Juni nach 21 Tagen Behandlung geheilt entlassen.

Fall 6. Journal-Nr. 225. S. A. 27 Jahre. I-para. Eintritt am 30. Juni. Letzte Periode am 23. April. Keine Blutung. Diagnose: Hämatocele retrouterina. Therapie: Bettruhe, Eisblase. Am 9. Aug. nach 40 Tagen Behandlung geheilt entlassen.

Fall 7. Journal-Nr. 285. K. H. 26 Jahre. II-para. Eintritt am 6. Sept. Letzte Periode vor 14 Tagen. Seit 14 Tagen beständige Blutung mit krampfartigen Schmerzen im Unterleib. Diagnose: Graviditas extrauterina. Therapie: Laparotomie. Exzision des Fruchtsackes. (Indikation zur Operation: Grösserwerden des Abdominaltumors). Am 20. Okt. nach 44 Tagen Behandlung geheilt entlassen.

Fall 8. Journal-Nr. 307. J. S. M. 33 Jahre. VII-para. Eintritt am 7. Okt. Letzte Periode am 4. Okt., seitdem starke Blutung. Diagnose: Graviditas extrauterina. Hämatocele extrauterina. Therapie: Eröffnung der Hämatocele. (Indikation: Blutungen, Wachstum und Platzen des Fruchtsackes). Am 3. Nov. nach 26 Tagen Behandlung geheilt entlassen.

Fall 9. Journal-Nr. 340. F. R. M. 44 Jahre. IX-para. Eintritt am 3. Nov. Letzte Periode anfangs September. Seit dem 30. Okt. starke Blutung. Schwäche. Diagnose: Hämatocele retrouterina. Therapie: Bettruhe, Bäder. Am 30. Dez. nach 57 Tagen Behandlung geheilt entlassen.

1898.

Fall 10. Journal-Nr. 207. D. F. II-para. Eintritt am 3. April. Letzte Periode anfangs März. Mässige Blutungen seit Ausbleiben der Periode. Diagnose: Graviditas tubaria sinistra. Therapie: Bettruhe. Patientin willigt die vorgeschlagene Operation nicht ein und wird auf eigenen Wunsch am 3. April entlassen.

Fall 11. Journal-Nr. 234. A. H. 34 Jahre. III-para. Eintritt am 14. April. Letzte Periode am 8. April, seitdem mässige Blutung. Diagnose: Rechtseitiger Tubarabort. Behandlung: Bettruhe. Am 20. Juli nach 42 Tagen Behandlung geheilt entlassen.

Fall 12. Journal-Nr. 338. D. M. E. 28 Jahre. IV-para. Eintritt am 2. Sept. Periode seit dem 30. Aug. und bestehen beim Eintritt Krämpfe im Unterleib. Diagnose: Hämatocele retrouterina. Therapie: Anfangs Eisblase, später heisse Umschläge. Vaginalspülungen. Bäder. Am 7. Okt. nach 35 Tagen Behandlung geheilt entlassen.

Fall 13. Journal-Nr. 367. S. D. 36 Jahre. V-para. Eintritt am 3. Okt. Letzte Menses am 20.—22. Sept. Keine Blutung. Diagnose: Hämatocele retrouterina. Therapie: Bettruhe, Eis- und warme Umschläge. Am 28. Okt. nach 25 Tagen Behandlung geheilt entlassen.

1899.

Fall 14. Journal-Nr. 8. A. G. 32 Jahre. III-para. Eintritt am 16. Dez. Letzte Periode am 6. September. Keine Blutung. Diagnose: Tubarabort. Therapie: Bettruhe, warme Umschläge, Ausspülungen. Am 31. Jan. nach 31 Tagen Behandlung geheilt entlassen.

Fall 15. Journal-Nr. 22. J. S. 31 Jahre. II-para. Eintritt am 5. Jan. Letzte Periode am 19. – 21. Okt. 1898. Seit dem 1. Jan. starke Blutung. Diagnose: Hämatocele retro- und periuterina. Tubarabort. Therapie: Salpingectomia sin. per Laparatomiam (10. Jan.). Am 24. Febr. nach 50 Tagen Behandlung geheilt entlassen.

Fall 16. Journal-Nr. 62. M. S. 23 Jahre. I-para. Eintritt am 30. Jan. Letzte Periode 24 —28. Jan. Keine Blutung Diagnose: Hämatocele retrouterina. Therapie: Bettruhe. Am 9. Febr. nach 10 Tagen Behandlung gebessert entlassen.

Fall 17. Journal-Nr. 80. V. R. M. 26 Jahre. III-para. Eintritt am 14. Febr. Letzte Periode am 6. Febr. Diagnose: Tubarabort. Therapie: Hysterektomia vaginalis totalis. Salpingoophorektomia d. (16. März). Am 13. April nach 58 Tagen Behandlung geheilt entlassen.

Fall 18. Journal-Nr. 269. S. W. 38 Jahre. VIII-para. Eintritt am 29. Juni. Letzte Periode vor 3 Wochen. Seit 2 Wochen anhaltende mässige Blutung. Diagnose: Hämatocele retro- et parauterina sin. (Retroflexio uteri). Therapie: Bettruhe, Eisblase, warme Kompressen. Am 25. Juli nach 27 Tagen Behandlung geheilt entlassen.

Fall 19. Journal-Nr. 283. B. S. 43 Jahre. I-para. Eintritt am 4. Juli. Letzte Periode am 20. Juni von einem Tag Dauer. Diagnose: Hämatocele retroet parauterina dextra. Behandlung: Bettruhe, warme Umschläge. Am 24. Juli nach 20 Tagen Behandlung geheilt entlassen.

Fall 20. Journal-Nr. 323. K. Z. 27 Jahre. II-para. Eintritt am 2. Aug. Letzte Periode am 14. Juni. Seit Ende Juni mässige Blutung. Diagnose: Hämatocele retrouterina in Verjauchung begriffen. Am 4. Aug. Probepunktion. Dieselbe ergibt dickflüssiges, dunkles, braunrotes Blut. Da die Kranke fortwährend fiebert, so wird sie auf die septische Abteilung transferiert. Am 10. Aug. im septischen Operationssaal Eröffnung des Douglas vom hinteren Scheidengewölbe aus mit Paquelin. (Dunkelbraune, stinkende Flüssigkeit). Tamponade und Drainage der Hämatocele Von der septischen Abteilung am 24. Aug. geheilt entlassen.

Fall 21. Journal-Nr. 356 (sept. 104). E. N. 33 Jahre. V-para. Eintritt am 23. Aug. Letzte Periode Mitte Juli. Keine Blutung. Diagnose: Hämatocele retrouterina in Verjauchung. Am 26. Aug. Eröffnung der Hämatocele vom hinteren Scheidengewölbe. Am 3. Okt. von der septischen Abteilung nach 40 Tagen Behandlung geheilt entlassen.

1900.

Fall 22. Journal-Nr. 35. R. R. A. 34 Jahre. I-para. Eintritt am 27. Dez. 1899. Letzte Periode am 17. Dez. Keine Blutung. Diagnose: Hämatocele retrouterina. Therapie: Bettruhe, Eis- und warme Kompressen. Am 3. Febr. nach 38 Tagen Behandlung geheilt entlassen.

Fall 23. Journal-Nr. 117. K. J. M. 27 Jahre. I-para. Eintritt am 17. Febr. Letzte Periode 5.—13. Dez Seit 16. Febr. starke Blutung. Diagnose: Graviditas tubaria Hämatocele. Therapie: Bettruhe. Am 2. April Curretage. Am 28. April nach 71 Tagen Behandlung geheilt entlassen.

Fall 24. Journal-Nr. 145. L. S. E. 29 Jahre. II-para. Eintritt am 12. März. Letzte Periode vor 3 Wochen. Seit der Periode anhaltende Blutung. Diagnose: Graviditas interstitialis. Missed labour. Therapie: Hysterectomia vaginalis totalis. Am 14. April nach 32 Tagen Behandlung geheilt entlassen.

Fall 25. Journal-Nr. 157. J. F. K. 34 Jahre. IV-para. Eintritt am 19. März. Letzte Periode am 7. Febr. Keine Blutung. Diagnose: Graviditas extrauterina (Hamatocele und Tubarabort). Therapie: Salpingectomia duplex. Oophorectomia dextra. Am 12. Mai nach 59 Tagen Behandlung geheilt entlassen.

Fall 26. Journal-Nr. 180. C. W. E. 23 Jahre. III-para. Eintritt am 14. April. Letzte Periode am 25.—28. Jan. Anfangs April sollen zweimal rote „Fetzchen" abgegangen sein. Diagnose: Hämatocele retrouterina (b. s. Tubarabort). Therapie: Inzision und Drainage der Hämatocele per Laparotomiam. Am 11. Juni nach 56 Tagen Behandlung geheilt entlassen.

Fall 27. Journal-Nr. 196. S. W. Z. 29 Jahre. II-para. Eintritt am 25. April. Letzte Periode am 17. März. Seit etwa 4 Wochen dünnflüssiger Ausfluss, der häufig blutig tingiert ist. Diagn.: Graviditas tubaria sin. Unvollkommener Tubarabort. Therapie: Salpingoophorectomia sin. Ausräumung der Hämatocele. Tamponade. Am 14. Juli nach 80 Tagen Behandlung geheilt entlassen.

Fall 28. Journal-Nr. 229. G. M. L. 36 Jahre. I-para. Eintritt am 15. Mai. Letzte Periode am 6. Mai. Profuse Blutungen seit der letzten Periode. Diagnose: Hämatocele retrouterina. Therapie: Bettruhe, Wärme. Am 30. Juni nach 45 Tagen Behandlung gebessert entlassen.

Fall 29. Journal-Nr. 243. M. S. M. 37 Jahre. III-para. Eintritt am 24. Mai. Letzte Periode am 4. April. Diagnose: Graviditas extrauterina dextra. Therapie: Salpingoophorectomia dextra. Am 28. Juni nach 34 Tagen Behandlung geheilt entlassen.

Fall 30. Journal-Nr. 363. S. K. S. 43 Jahre. IX-para. Eintritt am 1. Sept. Letzte Periode vor 4 Wochen. Starke Blutung seit der Periode. Diagnose: Hämatocele retrouterina. (Probepunktion und Probecurettage). Therapie: Wärme. Bettruhe. Am 22. Sept. nach 21 Tagen Behandlung geheilt entlassen.

1901.

Fall 31. Journal-Nr. 61. A. W. 40 Jahre. VII-para. Eintritt am 22. Januar. Letzte Periode am 15—19 November. Mässige Blutung. Diagnose: Graviditas tubaria dextra (Hämatocele). Therapie: Salpingoophorectomia dextra. Extirpation der Hämatocele. Am 28. März nach 64 Tagen Behandlung geheilt entlassen.

Fall 32. Journal-Nr. 102. S. M. J. 29 Jahre. IV-para. Eintritt am 13. Februar. Letzte Periode um Weihnachten. Von Anfang Februar starke Blutung. Diagnose: Graviditas tubaria dextra rupta. Freie Hämorrhagie in der Bauchhöhle. Therapie: Salpingoophorectomia dextra per Laparot. Am 2. März nach 17 Tagen Behandlung geheilt entlassen.

Fall 33. Journal-Nr. 157. S. R. 29 Jahre. III-para. Eintritt am 15. März. Letzte Periode am 10. Februar. Starke Blutung. Diagnose: Graviditas tubaria sin. (Abortus incompletus. Hämatocele retrouterina.) Therapie: Salpingoophorectomia sin. per Laparot. Am 9. April nach 25 Tagen Behandlung geheilt entlassen.

Fall 34. Journal-Nr. 161. K. W. 26 Jahre. IV-para. Eintritt am 16. März. Letzte Periode nicht angegeben. Diagnose: Graviditas tubaria dextra (Abortus incompl.). Therapie: Salpingoophorectomia per Laparot. Am 11. Mai nach 27 Tagen Behandlung geheilt entlassen.

Fall 35. Privat-Patientin I. Kl. L. J. U. 35 Jahre. IV-para. Eintritt am 5. Oktober. Letzte Periode Mitte Mai. Vorgestern mässige Blutung. Diagnose: Graviditas tubaria dextra rupturata. (Foetus papyraceus Mens IV.) Therapie: Salpingectomia dextra. Am 1. November nach 26 Tagen Behandlung geheilt entlassen.

Fall 36. Journal-Nr. 285. R. K. J. 30 Jahre. V-para. Eintritt am 10. Juni. Letzte Periode am 18. Mai. Keine Blutung p. v. Diagnose: Graviditas Extrauterina. Hämatocele. Therapie: Bettruhe, Priessnitzsche Umschläge. Punktion der Hämatocele, Jodoformgaztamponade. Am 11. Juli nach 31 Tagen Behandlung geheilt entlassen.

Fall 37. Journal-Nr. 377. W. G. J. 28 Jahre. II-para. Eintritt am 12. September. Letzte Periode nicht angegeben. Seit 7 Wochen hat Patientin viel Blut per vaginam verloren. Diagnose: Graviditas extrauterina sin. Punktion vom hintern Scheidengewölbe ergibt Blut. Therapie: Bettruhe, Priessnitz. Am 10. Oktober nach 28 Tagen Behandlung geheilt entlassen.

Fall 38. Journal-Nr. 442. J. P. C. 25 Jahre. I-para. Eintritt am 8. November. Letzte Periode vor 3 Wochen. Gestern mässige Blutung per vaginam. Diagnose: Graviditas extrauterina dextra (Hypoplasia Uteri). Punktion ergibt blutig-schleimige Flüssigkeit. Behandlung: Bettruhe, Heissluftapparat. Am 5. Dezember nach 27 Tagen Behandlung geheilt entlassen.

Fall 39. Journal-Nr. 329. L. U. A. 38 Jahre. IX-para. Eintritt am 11. Juli. Periode 2 Monate ausgeblieben. Diagnose: Gravid. extrauterina dex. (Mens II). Therapie: Salpingoophorectomia dextra per Laparot. Am 10. August nach 30 Tagen Behandlung geheilt entlassen.

Fall 40. Journal-Nr. 348. M. T. M. 36 Jahre. VII-para. Eintritt am 8. August. Letzte Periode vor ca. 12 Tagen. Seit der letzten Periode stets Blutung. Diagnose: Graviditas tubaria Dextra (Abortus tub. incompl.). Therapie: Salpingoophorectomia dextra per Laparot. Am 7. Sept. nach 30 Tagen Behandlung geheilt entlassen.

1902.

Fall 41. Journal-Nr. 45. M. S. 30 Jahre III-para. Eintritt am 23. Januar. Letzte Periode vor 8 Wochen. Vor 14 Tagen starke Blutung, die bis jetzt anhält. Diagnose: Graviditas extrauterina sin. Therapie: Bettruhe, warme Umschläge. Spülungen von 34°. Am 25. Februar nach 33 Tagen Behandlung geheilt entlassen.

1903.

Fall 42. Journal-Nr. 14. N. F. E. 27 Jahre. II-para. Eintritt am 10. Dezember. Letzte Periode vor ca. 3 Wochen. Vom 6. Dezember an profuse Blutung per Vaginam. Diagnose: Tumor parauterinus sin. (Graviditas tubaria?) Therapie: Bettruhe. Am 10. Jan. nach 31 Tagen Behandlung gebessert entlassen.

Fall 43. Journal-Nr. 261. R. L. 29 Jahre. II-para. Eintritt am 15. Mai. Letzte Periode Oktober 1902. Von November bis Januar starke Blutung. In letzter Zeit wieder profuse Blutung. Diagn.: Graviditas tubaria sin. Therapie: Bettruhe, heisse Spülungen, Curettage. Am 6. Juni nach 22 Tagen Behandlung geheilt entlassen.

Fall 44. Journal-Nr. 295. P. S. 23 Jahre. II-para. Eintritt am 3. Juni. Letzte Periode am Ostertag. Keine Blutung per vaginam. Diagnose: Graviditas extrauterina. Therapie: Bettruhe. Am 27. Juni nach 24 Tagen Behandlung gebessert entlassen.

Fall 45. Journal-Nr. 356. G. D. 24 Jahre. I-para. Eintritt am 16. Juli. Letzte Periode Ende April. Seit Anfang Juni starke Blutung per vaginam. Diagnose: Graviditas tubaria sin. Therapie: Bettruhe, heisse Spülungen, Priessnitz, Ergotin. Am 3. August nach 18 Tagen Behandlung geheilt entlassen.

Fall 46. Journal-Nr. 366. O. M. 30 Jahre. I-para. Eintritt am 21. Juli. Letzte Periode vor $3^1/_2$ Monaten. Seit sechs Wochen starke Blutung. Diagnose: Graviditas extrauterina. Therapie: Bettruhe, Priessnitz, Schwitzen im elektrischen Schwitzkasten. Am 28. Aug. nach 38 Tg. Krankheitsdauer geheilt entlassen.

Fall 47. Journal-Nr. 395. A. S. 38 Jahre. IV-para. Eintritt am 8. August. Letzte Periode vor 14 Tagen. Keine Blutung. Diagnose: Tubar-Abort (Pelveoperitonitis, Pelveocellulitis). Therapie: Priessnitz, Bettruhe, Sitzbäder. Am 26. September nach 49 Tagen Behandlung gebessert entlassen.

Fall 48. Journal-Nr. 410. F. S. 22 Jahre. III-para. Eintritt am 22. August. Letzte Periode vor 8 Wochen. Keine Blutung. Diagnose: Graviditas extrauterina dextra. Therapie: Bettruhe. Priessnitz. Am 7. September nach 16 Tagen Behandlung geheilt entlassen.

Fall 49. Journal-Nr. 444. S. D. 38 Jahre. II-para. Eintritt am 10. September. Letzte Periode vor 6 Wochen. Seit drei

Wochen anhaltende Blutung. Diagnose: Graviditas extrauterina, Hämatocele. Therapie: Bettruhe, Priessnitz, heisse Spülungen von 38°. Punktion der Hämatocele ergibt flüssiges Blut. Am 15. Okt, nach 35 Tagen Behandlung fast ganz geheilt entlassen.

Fall 50. Journal-Nr. 466. Z. D. 36 Jahre. IV-para. Eintritt am 28. September. Letzte Regel begann vor 13 Tagen, dauert aber gegenwärtig noch fort. Diagnose: Geplatzte Extrauteringravid. Therapie: Bettruhe, Priessnitz, Eisblase. Probepunktion vom Douglas ergibt flüssiges, teils coaguliertes Blut. Am 1. November nach 34 Tagen Behandlung geheilt entlassen.

Fall 51. Journal-Nr. 265. M. L. 36 Jahre. V-para. Eintritt am 18. Mai. Letzte Periode am 4. April. Mässige Blutung aus den Genitalien beim Eintritt. Diagnose: Graviditas tubaria dextra, Platzen des Tubarsackes, Hämorrhagie in Abdomen. Therapie: Salpingectomia sinistra, Castratio sin. Am 4. Juli nach 47 Tagen Behandlung geheilt entlassen.

Fall 52. Journal-Nr. 504. W. W. 30 Jahre. V-para. Eintritt am 7. Oktober. Letzte Periode vor 10 Tagen. Mässige Blutung per vaginam beim Eintritt. Gestern Kollaps. Diagnose: Graviditas tubaria rupturata. Therapie: Exstirpation des rupt. tubaren Fruchtsackes. Am 31. Oktober nach 24 Tagen Behandlung geheilt entlassen.

Fall 53. Privatpatientin I. Kl. P. J. 27 Jahre. III-para. Eintritt am 4. November. Letzte Periode 18. Sept. Am 4. November plötzlich Schmerzen links im Unterleib, Kollaps, starke Anämie. Diagnose: Graviditas tubaria sin. rupturata. Graviditas uterina. Therapie: Bettruhe. Am 7. Dez. nach 34 Tagen Behandlung geheilt entlassen.

1904.

Fall 54. Journal-Nr. 101. K. U. 32 Jahre. VII-para. Eintritt am 8. Februar. Letzte Periode anfangs November. Vor drei Wochen trat eine heftige Blutung auf, die bis jetzt anhält. Diagnose: Gravid. extrauter. Gravid. tub. (?) Therapie: Bettruhe. Priessnitz. Am 14. März nach 34 Tg. Behandlung geheilt entlassen.

Fall 55. Journal-Nr. 123. W. Ch. 32 Jahre. II-para. Eintritt am 22. Februar. Letzte Regel am 26. November. Seit Januar dreimal Blutung per vaginam. Diagnose: Gravid. tub. dex. Therapie: Bettruhe. Spülungen 32°. Am 19. März nach 25 Tagen Behandlung geheilt entlassen.

Fall 56. Journal-Nr. 126. B. B. 39 Jahre. IX-para. Eintritt am 25. Februar. Letzte Periode am 3. Februar. Am letzten Samstag trat Blutung auf, wobei „Fetzen“ abgegangen sind. Diagnose: Residua post abortum. Tumor tubo-ovarialis sin. (Gravid.

extraut. ?). Therapie: Bettruhe. Curettage am 2. März. Am 11. März nach 15 Tagen Behandlung geheilt entlassen.

Fall 57. Journal-Nr. 367. D. S. 34 Jahre. IX-para. Eintritt am 21. Juli. Letzte Regel Mitte Juni. Keine Blutung. Diagnose: Gravid. extraut. sin. Therapie: Bettruhe. Priessnitz. Am 23. August nach 31 Tagen Behandlung geheilt entlassen.

Fall 58. Journal-Nr. 449. S. R. M. 28 Jahre. V-para. Eintritt am 9. September. Letzte Periode anfangs Juli. Seit den letzten Wochen anhaltende mässige Blutung. Diagnose: Hämatocele retrouterina (traumatica). Therapie: Bettruhe. Priessnitz. (Punktion der Hämatocele ergibt teils flüssiges, teils geronnenes Blut.) Am 11. Okt. nach 32 Tagen Behandlung geheilt entlassen.

Fall 59. Journal-Nr. 538. G. S. 38 Jahre. V-para. Eintritt am 27. Oktober. Letzte Periode vor 8 Wochen. Keine Blutung. Diagnose: Gravid. extraut. Hämatocele retrouterina. Therapie: Bettruhe. Priessnitz. Am 31. Dezember nach 64 Tagen Behandlung geheilt entlassen.

Fall 60. Journal-Nr. 4. H. R. 33 Jahre. IV-para. Eintritt am 6. November. Letzte Periode anfangs September. Vor 14 Tagen plötzlich stärkere Blutung (Coagula, Fetzen). Diagnose: Extraut. gravid. (?) Tumor tubo-ovarialis. Therapie: Salpingo-ophorectomia dextra per Laparot. (24. November). Am 13. Januar nach 68 Tagen Behandlung geheilt entlassen.

Fall 61. Journal-Nr. 105. S. K. 30 Jahre. IV-para. Eintritt am 9. Februar. Letzte Periode am 1. November 1903. Seit 1. Februar mässige Blutung. Diagnose: Gravid. tub. (Hämatocele ?). Therapie: Abtragung des Fruchtsackes per Laparot. Am 26. März nach 45 Tagen Behandlung geheilt entlassen.

1905.

Fall 62. Journal-Nr. 380. S. R. C. 35 Jahre. V-para. Eintritt am 18. August. Letzte Periode anfangs Juli. Seit 9. August starke Blutungen, die am 14. sistieren. Diagnose: Gravid. extrauterina sin. Therapie: Salpingoophorectomia sin. (29. August). Am 18. September nach 31 Tagen Behandlung geheilt entlassen.

Fall 63. Journal-Nr. 200. M. R. 26 Jahre. I-para. Eintritt am 8. April. Letzte Periode vor 3 Tagen. Vor 2 Tagen eine Ohnmacht. Diagnose: Gravid. extraut. Hämat. retrout. Probepunktion am 29. April ergibt teils flüssiges, teils geronnenes Blut. Therapie: Fibrolysininjektionen. Styptol. Stypticin. Am 7. Juni nach 60 Tagen Behandlung geheilt entlassen.

Fall 64. Journal-Nr. 312. S. B. 27 Jahre. VI-para. Eintritt am 27. Juni. Letzte Periode vor ca. 8—10 Wochen. Seit 4 Wochen anhaltende mässige Blutung. Diagnose: Gravid. tub. dextra. Hämatocele retrouter. Therapie: Bettruhe. Priessnitz. Am

14. Juli verlässt die Patientin die Klinik; am 25. Juli Wiedereintritt. Am 1. Aug. nach 23 Tagen Behandlung geheilt entlassen.

Fall 65. Journal-Nr. 349. B. R. 29 Jahre. III-para. Eintritt am 28. Juli. Letzte Periode am 4. Juni. Seit dem 16. Juli stetiger Abgang von Blut. Diagnose: Gravid. extraut. Hämatocele retrout. Therapie: Bettruhe. Priessnitz. Ergotin. Am 21. August nach 23 Tagen Behandlung geheilt entlassen.

Fall 66. Journal-Nr. 408. W. M. A. 30 Jahre. I-para. Eintritt am 8. September. Letzte Periode am 19. August. Seit 14 Tagen anhaltende Blutung. Diagnose: Hämatocele retrouterina. Therapie: Strengste Bettruhe. Priessnitz. Am 16. November nach 69 Tagen Behandlung geheilt entlassen.

Fall 67. Journal-Nr. 430. B. F. B. 37 Jahre. V-para. Eintritt am 20. September. Letzte Periode am 27. Juli. Diagnose: Hämatocele anteuterina. Therapie: Bettruhe. Priessnitz. Ergotin. Stypticin. Thermophor. Fibrolysininjektionen. Am 23. November nach 64 Tagen Behandlung geheilt entlassen.

Fall 68. Journal-Nr. 517. Z. M. 29 Jahre. III-para. Eintritt am 27. November. Letzte Periode Ende August. Seit 20. Okt. anhaltende Blutung. Diagnose: Tumor tubo-ovarialis. duplex. Gravid. extraut. (?). Therapie: Bettruhe. Priessnitz. Curettage. Sitzbäder von 30° Ergotin. Am 30. Dezember nach 33 Tagen Behandlung geheilt entlassen.

1906.

Fall 69. Journal-Nr. 4. M. F. 25 Jahre. IV-para. Eintritt am 24. Oktober 1905. Letzte Periode Ende September. Seit der letzten Periode besteht ununterbrochen Blutung per vaginam. Diagnose: Hämatocele retrouterina. Therapie: Bettruhe. Priessnitz. Fibrolysininjektionen. Schwitzkasten (142°), Am 6. Januar nach 73 Tagen Behandlung geheilt entlassen.

Fall 70. Journal-Nr. 153. K. S. 40 Jahre. VII-para. Eintritt am 9. März. Letzte Periode am 3.—6. März. Diagnose: Hämatocele retrouterina. Therapie: Bettruhe. Priessnitz. Heisse Spülungen 36°. Am 21. Apr. nach 42 Tg. Behandlung geheilt entlassen.

Fall 71. Journal-Nr. 224. Z. U. 40 Jahre. II-para. Eintritt am 19. April Letzte Periode vor 8 Wochen. Seit 14. April mässige Blutung. Diagnose: Gravid. extraut. Hämatocele retrout. Therapie: Bettruhe. Priessnitz. Am 2. Juni nach 43 Tagen Behandlung geheilt entlassen.

Fall 72. Journal-Nr. 258. H. L. R. 28 Jahre. III-para. Eintritt am 7. Mai. Letzte Periode Ende März. Seit der Periode mehrmals Blutung per vaginam. Diagnose: Hämatocele retrout Therapie: Bettruhe. Eisblase. Priessnitz. Heisse Spülungen. Am 6. Juni nach 30 Tagen Behandlung geheilt entlassen.

Fall 73. Journal-Nr. 307. K. K. K. 37 Jahre. IX-para. Eintritt am 6. Juni. Letzte Regel vor ca. 3 Wochen. Seit der letzten Periode stets blutig gefärbter, nicht sehr starker Ausfluss. Diagnose: Hämatocele retrouterina. Therapie: Priessnitz. Bettruhe. Heisse Spülungen. Am 28. Juli nach 52 Tagen Behandlung geheilt entlassen

Fall 74. Journal-Nr. 341. G. K. L. 31 Jahre. IV-para. Eintritt am 18. Juni. Letzte Periode am 28. April. Keine Blutung. Diagnose: Gravid. extraut. Therapie: Bettruhe. Priessnitz. Am 10. Juli nach 22 Tagen Behandlung geheilt entlassen.

Fall 75. Journal-Nr. 350. B. W. 30 Jahre. VII-para. Eintritt am 20. Juni. Seit der letzten Geburt im Januar 1906 Periode nicht eingetreten. Seit ca. 4 Wochen blutiger Ausfluss. Diagnose: Gravid. extrauter. Hämatocele retrouter. Therapie: Bettruhe, Eisblase, Priessnitz. Am 23. Juli nach 33 Tagen Behandlung gebessert entlassen.

Fall 76. Journal-Nr. 380. R. E. 23 Jahre. I-para. Eintritt am 10. Juli. Letzte Periode am 14. Mai. Seit 25. Juni anhaltende mässige Blutung p. v. Diagnose: Hämatocele retrouterina. (Punktion ergibt flüssiges Blut). Bettruhe, Schwitzkur. Am 18. Aug. nach 38 Tagen Behandlung geheilt entlassen.

Fall 77. Journal-Nr. 409. P. G. 32 Jahre. III-para. Eintritt am 28. Juli. Letzte Regel vor 6 Wochen. Heute früh etwas Blut abgegangen. Diagnose: Hämatocele retrouterina. Therapie: Bettruhe, Priessnitz, Laue Spülungen. Am 27. Aug. nach 30 Tagen Behandlung gebessert entlassen.

Fall 78. Journal-Nr. 482. L. E. M. 37 Jahre. V-para. Eintritt am 12. Sept. Letzte Periode vor ca. 8 Wochen. Keine Blutung p. v. Diagnose: Grav. extrauter. dextra. Therapie: Strengste Bettruhe, warme Umschläge, Priessnitz. Am 29. Okt. nach 47 Tagen Behandlung gebessert entlassen.

Fall 79. Journal-Nr. 508. F. D. A. 29 Jahre. V-para. Eintritt am 27. Sept. Letzte Periode am 16. Aug. Keine Blutung. Diagnose: Hämatocele retrouterina. (Punktion ergibt dunkelbraunes flüssiges Blut). Therapie: Strengste Bettruhe, Priessnitz, Thermophor, Schwitzkasten. Am 5. Nov. nach 39 Tagen Behandlung geheilt entlassen.

Fall 80. Journal-Nr. 119. K. H. 37 Jahre. II-para. Eintritt am 15. Febr. Letzte Periode Ende Januar. Seit der Periode anhaltende Blutung. Diagnose: Graviditas tubaria dex. rupta. Therapie: Salpingoophorectomia dextra per Laparot. Am 22. März nach 35 Tagen Behandlung geheilt entlassen.

Fall 81. Journal-Nr. 145. R. F. 29 Jahre. VI-para. Eintritt am 6. März. Letzte Periode vor 8 Wochen. Seit

7 Wochen konstante Blutung p. v. Diagnose: Graviditas extrauterina sinistra. Therapie: Salpingoophorectomia sin. per Laparot. Am 17. April nach 41 Tagen Behandlung geheilt entlassen.

Fall 82. Journal-Nr. 161. K. G. L. 21 Jahre. II-para. Eintritt am 12. März. Letzte Periode 12. Jan. Seit dem 23. Febr. Blutung per vag. Diagnose: Gravid. tub. sin. Therapie: Salpingectomia sin. per Laparot. Am 31. März nach 19 Tagen Behandlung geheilt entlassen.

Fall 83. Journal-Nr. 241. G. E. 41 Jahre. II-para. Eintritt am 29. April. Letzte Periode 14. März. Keine Blutung. Diagnose: Graviditas extrauter. rupta. Hämorrhagia in Abdomen. (Hernia ingn. sin.). Therapie: Laporotom. Exstirpatio tubae ruptae et ovarii dextri. Resectio omenti adhaerentis. Am 18. Mai nach 20 Tagen Behandlung geheilt entlassen.

Fall 84. Journal-Nr. 455. S. L. 34 Jahre. I-para. Eintritt am 30. Aug. Letzte Regel am 4. Aug. Mässige Blutung per vag. Diagnose: Gravid. tubaria dextra. (Geplatzte Tubargraviditäte. Therapie: Salpingectomia cum castratione dextra per Laparot. Am 10. Okt. nach 40 Tagen Behandlung geheilt entlassen.

Fall 85. Journal-Nr. 511. M. R. L. 28 Jahre. I-para. Eintritt am 29. Sept. Letzte Periode Mitte Mai. Am 27. Sept. starke Blutung per vag. Diagnose: Gravid. tubaria. Mens VI. Therapie: Salpingoophorectomia per Laparot. Am 13. Nov. nach 44 Tagen Behandlung geheilt entlassen.

Fall 86. Journal-Nr. 566. R. G. 29 Jahre. I-para. Eintritt am 13. Nov. Letzte Regel den 22. Sept. Seit dem 30. Okt. starke Blutung. Diagnose: Gravid. extrauter. Hämorrhagia in Abdomen. Therapie: Salpingectomia et castratio sinistra. Am 22. Dez. nach 39 Tagen Behandlung geheilt entlassen.

1907.

Fall 87. Journal-Nr. 75. L. A. 29 Jahre. II-para. Eintritt am 17. Jan. Letzte Periode am 14. Okt. 1906. Seit der letzten Periode stärkere und schwächere Blutungen. Diagnose: Gravid. extrauter. dextra. Therapie: Bettruhe, Priessnitz. Am 6. Febr. nach 20 Tagen Behandlung geheilt entlassen.

Fall 88. Journal-Nr. 205. C. O. 43 Jahre. VII-para. Eintritt am 13. April. Periode nie ausgeblieben. Vor zirka 14 Tagen plötzliche mässige Blutung p. v. Diagnose: Tubarabort. Hämorrhagia in Abdomen. Therapie: Wegen des guten Pulses wird von einem operat. Eingriff abgesehen. Infusion 300 cm NaCl. Bettruhe, Priessnitz, Schwitzbäder. Am 29. Mai nach 48 Tagen Behandlung geheilt entlassen.

Fall 89. Journal-Nr. 378. W. F. 32 Jahre. III-para. Eintritt am 20. Juli. Letzte Periode 12.—16. Mai. Keine

Blutung. 29. Juli Abgang von Decidua uterina. Diagnose: Haematoma peritubaria dextra. (Gravid. extrauter. ?). Therapie: Bettruhe, Priessnitz, heisse Spülungen, Sitzbäder. Am 29. Aug. nach 39 Tagen Behandlung gebessert entlassen.

Fall 90. Journal-Nr. 417. M. F. 25 Jahre. II-para. Eintritt am 15. Aug. Letzte Periode anfangs bis Mitte April. Seit den letzten Monaten mässige Blutung p. v. Diagnose: Haematoma retrouterina. Therapie: Eisblase, Umschläge, Thermophor, Spülungen. Am 18. Sept. verlässt die Kranke gegen den Rat der Arzte die Klinik.

Fall 91. Journal-Nr. 74. A. A. J. 41 Jahre. II-para. 7. April 1899 operiert wegen Extraut. gravid. Eintritt am 16. Januar. Letzte Periode im Oktober 1906. Seit November konstante Blutverluste per vaginam. Diagnose: Hämatocele retrouterina. Therapie: Punktion und Drainage der Hämatocele. Am 14. März nach 56 Tagen Behandlung geheilt entlassen.

Fall 92. Journal-Nr. 98. Z. K. S. 38 Jahre. IV-para. Eintritt am 31. Januar. Letzte Periode am 10. Dezember 1906. Starke Blutung p. vaginam seit 3 Wochen. Patientin wird halbverblutet auf die Klinik aufgenommen. Diagnose: Gravid. tub. rupta dextra. Hämorrhagia in Abdomen. Therapie: Salpingectomia dextra per Laparot. Am 26. Februar nach 26 Tagen Behandlung geheilt entlassen.

Fall 93. Journal-Nr. 233. C. A. F. 39 Jahre. VIII-para. Eintritt am 30. April. Letzte Periode vor 6 Wochen. Keine Blutung. Diagnose: Pyovarium et Pyosalpinx dexter. Hämatosalpinx sin. Tubargravid. (?). Therapie: Salpingoophorectomia sin. cum Resectione part. ovar. sin. per Laparot. Am 4. Juli nach 65 Tagen Behandlung geheilt entlassen.

Fall 94. Journal-Nr. 252. W. S. 32 Jahre. V-para. Eintritt am 10. Mai. Letzte Periode vor 6 Wochen. Keine Blutung. Diagnose: Ruptura tub. gravid. dextrae. Therapie: Exstirpatio tub. rupt. dext. per Laparot. Resectio ovar. dex. Am 30. Mai nach 20 Tagen Behandlung geheilt entlassen.

Fall 95. Journal-Nr. 257. T. J. 28 Jahre. I-para. Eintritt am 15. Mai. Letzte Periode nicht angegeben. Unregelmässige Blutungen per vaginam in der letzten Zeit. Diagnose: Ruptura tub. gravid. Hämorrhagia in Abdomen. Therapie: Exstirpatio tub. gravid. sin. per Laparot. Am 25. Juli nach 71 Tagen Behandlung geheilt entlassen.

Todesfälle.

1900.

Fall 1. Journal-Nr. 64/67 sept. G. B. 26 Jahre. II-para. Eintritt am 23. Juli. Letzte Periode vor 3—4 Wochen. Seit 4 Wochen beständig blutiger Ausfluss. Diagnose: Graviditas extrauterina. (Hämatocele mit Darmperforation.) Therapie: Zuerst Bettruhe, dann am 30. Juli Laparotomie. Am 4. August Exitus l. Anatomische Diagnose: Peritonitis nach Darmperforation.

Fall 2. Journal-Nr. 45. L. J. L. 43 Jahre. XII-para. Eintritt am 3. Januar. Letzte Periode Mitte November. Seit Mitte Dezember anhaltende Blutung per vaginam. Diagnose: Inkompl. Tubarabort, Hämatocele retrouterina (Abortus Mens II?). Therapie: 5. Januar Curettage. 19. Januar Eröffnung der Hämatocele mit dem Paquelin. Am 21. Januar Exitus l. Anatomische Diagnose: Tod an Peritonitis nach Ruptur des Hämatocelensackes vor der Incision und Entleerung.

1901.

Fall 3. Journal-Nr. 382. F. 29 Jahre. II-para. Eintritt am 18. September. Letzte Periode vor etwa 4 Wochen. Am 17. September starke Schmerzen im Unterleib, die nach rechts und nach der rechten Schulter ausstrahlten; am 18. September gegen Morgen leichter Ohnmachtsanfall. Keine Blutung. Diagnose: Graviditas tubaria dextra (Tubarabort), Pyosalpinx sinistra, Pelveoperitonitis adhaesiva, Hämorrhagie in Abdomen. Punctio vaginalis des Douglas ergibt dunkles Blut. Therapie: Salpingectomia dextra. Salpingoophorectomia sin. p. Laparot. (Indikatio zur Operation: Anämia gravis und Kollaps). Nach der Operation am 18. September fühlt sich die Kranke ziemlich wohl bis zum Mittag des 21. September. Fieber während diesen Tagen 37,2 bis 37,9°. Am Nachmittag des 21. September plötzlich grosse Unruhe, dann Kollaps. Puls schlecht, unfühlbar und unter zunehmender Herzschwäche erfolgt der Tod um 6 Uhr abends. Sektion verweigert. (Herzschwäche, Embolie?)

1902.

Fall 4. Journal-Nr. 93. S. F. L. 32 Jahre XI-para. Eintritt am 3. März. Letzte Periode Ende Dezember. Vor drei Wochen eitriger Ausfluss ohne Fetzen. Diagnose: Graviditas extrauterina rupturata, Hämatocele retrouterina, Peritonitis acuta. Therapie: Salpingoophorectomia sin. p. Laparot. Mickulicz (7. März). Am 8. März Exitus. Anatomische Diagnose: Pelveoperitonitis septica. Pleuritis succata utriusque lateris.

1905.

Fall 5. Journal-Nr. 56. R. W. 36 Jahre. Eintritt am 13. Januar. Anamnese konnte nicht mehr erhoben werden. Diagnose: Gravidatis extrauterina rupturata. Therapie: Entfernung der rechts. Adnexe, Unterbindung derselben links. (Indicatio: Hochgradige Anämie infolge Blutung in die Bauchhöhle). Am 13. Januar Exitus. Anatomische Diagnose: Hæmorrhagia letalis in Abdomen. Anæmia gravis universalis.

1906.

Fall 6. Journal-Nr. 213. S. W. W. 28 Jahre. III-para. Eintritt am 15. April. Letzte Periode vor 5 Wochen. Keine Blutung. Heute Vormittag 2 Ohnmachten. Diagnose: Graviditas tubaria. Freie Blutung in die Bauchhöhle, Anämie. Therapie: Salpingoophorectomia per Laparot. Infus: 700 ccm Na Cl, nachts 300 ccm, morgens 200 ccm. 6 Spritz. Kampfer. Am 16. April Exitus. Anatom. Diagnose: Hæmorrhagia letalis in Abdomen. Anæmia gravis universalis.

Fall 7. Journal-Nr. 335. V. A. E. 28 Jahre. V-para. Eintritt am 16. Juni. Vor ca. 14 Tagen Blutung. Diagnose: Graviditas tubaria sin. rupta, Anæmia gravis. Therapie: Zuerst exspektativ, dann am 30. Juni Salpingoophorectomia duplex per Laparot. Am 1. Juli Exitus. Anatomische Diagnose: Anæmia gravis. Hæmorrhagia per Diapedesin in cavum peritonei et pleuræ utriusque. Degeneratio cordis. Oedema pulmonum utriusque.

Zum Schluss bleibt mir noch die angenehme Pflicht, meinem hochverehrten Lehrer Herrn Prof. Dr. O. v. Herff für die Überlassung dieser Arbeit und der Krankengeschichten, sowie für die Unterstützung bei derselben meinen verbindlichsten Dank auszusprechen.

Literatur.

1. O. v. Herff: „Zur Technik der Entfernung vorgerückter Extrauterinschwangerschaft.“ Zeitschrift für Geb. und Gyn., Bd. 34.
2. R. Werth: „Die Extrauterinschwangerschaft.“ „Handbuch der Geburtshilfe“. F. v. Winckel.
3. M. Sänger, O. v. Herff: Encyklopädie der Geburtshilfe und Gynäkologie.
4. Dührssen: „Über die operative Behandlung, insbesondere die vaginale Colpotomie bei Tubarschwangerschaft.“ Arch. für Gyn., Bd. 54.
5. Lindenthal: „Beitrag zur Extrauteringravidität.“ Monatsschrift für Geb. und Gyn., Bd. 11.
6. Thorn: „Grenzen der operativen Therapie der Extrauterinschwangerschaft.“ Zentralblatt f. Gyn. 1898.
7. Idem: „Zur Therapie der Extrauteringravidität“. Münchner med. Wochenschrift Nr. 21, 1903.
8. Veit: „Zur Behandlung früher Extrauterinschwangerschaften.“ Zeitschrift für Geb. und Gyn., Bd. 40.
9. Wertheim: „Zur Technik der Extirpation der Hämatocelen.“ Zentralblatt für Gyn. 1899, Nr. 10.
10. Elschner: „Hämatocele und ihre Behandlung.“ Inaug.-Dissert. 1895. Halle a. S.
11. Jung: „Beitrag zur operativen Behandlung der Eileiterschwangerschaft.“ Zentralblatt für Gyn. 1900.
12. v. Dittel: „Zur Semiotik und Therapie der Extrauterinschwangerschaft.“ Festschrift für Chroback, Wien 1903.
13. Krönig: „Zur Therapie der Extrauteringravidität.“ Zentralblatt für Gyn. 1901.
14. Leisner: „Über konservative Behandlung der in den ersten Schwangerschaftsmonaten unterbroch. Tubargravidität.“ Inaug.-Dissert. Kiel 1903.
15. Meinert: „Die Aussichten der abwartenden Behandlung bei tubarem Abort.“ Zentralblatt für Gyn. 1897, Bd. 21.
16. Doderlein: „Über exspektative und operative Behandlung der Extrauteringravidität“. Münch. med. Wochenschr. 1907, Bd. 34.
17. Fischer: „76 operativ behandelte Extrauteringraviditäten im Hamburger Krankenhaus.“ Beiträge zur klinischen Chirurgie (Bruns), August 1907.